

Antrag
zur Genehmigung der Tätigkeit als Vertragszahnarzt
im Bereich der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Nordrhein
in einer
Z W E I G P R A X I S

Hiermit beantrage ich die Genehmigung, als
(zutreffendes bitte ankreuzen)

- Vertragszahnarzt
 Vertragszahnarzt für den Bereich Kieferorthopädie

in einer Zweigpraxis unter der Anschrift:
Postleitzahl/Ort

Straße/Hausnummer

zum

mit meiner/m angestellte(n) Zahnärztin/ Zahnarzt: ab dem: _____

mit Übernahme der Praxis von: _____

in Praxisgemeinschaft mit: _____

in Berufsausübungsgemeinschaft mit: _____

(ggf. nur zum Quartalsbeginn)

vertragszahnärztlich tätig zu sein (eine rückwirkende Genehmigung ist nicht möglich).

Name, Vorname, Titel

geboren am:

_____ in: _____

niedergelassen seit dem

Derzeitige Wohnungsanschrift (1. Wohnsitz)

Postleitzahl/Ort

Straße/ Hausnummer

Derzeitige Praxisanschrift (Vertragszahnarztsitz)

Postleitzahl/Ort

Straße/ Hausnummer

1. Die ordnungsgemäße Versorgung der Versicherten am Ort des Vertragszahnarztsitzes wird nicht beeinträchtigt, weil:

2. Die Versorgung der Versicherten am Standort der Zweigpraxis wird verbessert, weil (ggf. gesondert begründen):

3. Beabsichtigte persönliche Sprechzeiten am Vertragszahnarztsitz:

	Mo	Di	Mi	Do	Fr
vormittags					
nachmittags					

4. Beabsichtigte persönliche Sprechzeiten am Standort der Zweigpraxis:

	Mo	Di	Mi	Do	Fr
vormittags					
nachmittags					

Gemäß § 18 Abs. 11 der Satzung der KZV Nordrhein werden für die Bearbeitung und Genehmigung von Anträgen auf Führen einer Zweigpraxis Gebühren erhoben.

Für die Bearbeitung Ihres Antrages wird eine Gebühr in Höhe von 250,-- € erhoben.
Mit unserer Eingangsbestätigung erhalten Sie die Bankverbindung und die entsprechende Kennziffer für Ihre Überweisung, welche Sie bitte unter Verwendungszweck angeben.

Sofern und sobald eine Genehmigung Ihres vorstehenden Antrages erfolgt, wird eine Gebühr in Höhe von 50,-- € erhoben. Diese wird separat angefordert.

Erklärung:

Ich willige in eine Weitergabe des Genehmigungsbescheides an den Zulassungsausschuss, die zuständige Verwaltungsstelle und die Zahnärztekammer Nordrhein ein. Ich willige weiter ein, dass die KZV Nordrhein sowohl über den Vertragszahnarztsitz als auch die Zweigpraxis abgerechnete Leistungen zur Prüfung untereinander abgleichen darf.

Ich verpflichte mich, jegliche prozentuale Veränderungen der vertragszahnärztlichen Tätigkeit in der Zweigpraxis unverzüglich bekannt zu geben und dementsprechend eine Änderung, die jeweils nur zu Quartalsbeginn möglich ist, zu beantragen.

_____, den _____
(Ort) (Datum)

(Unterschrift Antragsteller/in)